

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W19-546009

55246



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5592 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AIFI Jamila

Date de naissance :

23/12/1961

Adresse :

Tél. : 005

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

- 2 DEC 2020

Nom et prénom du malade :

KOUDER Ghita

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Amélopie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



ACCUEILL, 2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

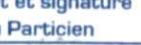
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02				INP 45 SERRHINI OPHTALMO 120, Rue de la République 75010 Paris
12				
2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

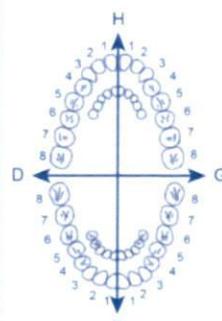
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	31/12/20					1000 1500 2500 dh

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	 <p>H G</p> <p>D B</p> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>H G</p> <p>D B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

Dr. Azzeddine SERRHINI

**Spécialiste des maladies
et Chirurgie des yeux**

Diplômé des Universités de Paris VI & XII

Ancien Chef de clinique des hopitaux de paris

Angiographie - Laser - Phacoemulsification

Chirurgie vitréo - rétinienne

الدكتور عز الدين السرغيني

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

طبيب إختصاصي سابق بمستشفيات باريس

ليزر - جراحة الشبكة

Casablanca, le 2 DEC 2020

Ghita KOUIDER

- Une Monture :

- Vision de LOIN :

OEIL DROIT : -0,75 (-0,25 à 5°)

OEIL GAUCHE : -0,50 (-0,25 à 160°)

Dr. SERRHINI Azzeddine
OPHTHALMOLOGISTE
110, Rue Abou Abdellah Nafii
Maârif - CASABLANCA
Tél. 23.13.23 & 99.44.33

DR. SERRHINI Azzeddine
OPHTHALMOLOGISTE
110, Rue Abou Abdellah Nafii
Maârif - CASABLANCA
Tél. 23.13.23 & 99.44.33

110 زنقة أبو عبد الله نافع - المعاريف - الدار البيضاء / Tél. : 05 22 23 13 23 - Fax : 05 22 99 44 33

GSM : - 110 , Rue Abou abdellah Nafii - Maarif - Casablanca



Millenium Optical
Optique, Conseil

Client n° : 1670

KOUDER GHITA

Facture client N° : 0/2020

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	-0,75	-0,25	5	
O.G	-0,50	-0,25	160	

Liste des ventes

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Remise	Montant TTC
Verre	Organique BCUT	2	500	0	1000
Monture	Optique	1	1500	0	1500

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Total HT :	2083,33
TVA (20%)	416,67
Total TTC :	2500

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet	Casablanca, le 31/12/2020
TWIN CENTER CASABLANCA Twin Center Magasin N° 274 Maârif CASABLANCA TEL : 0522958525 GSM : 0522958550 ICE : 001543049000050 CNSS : 7108261 RC : 145189 Patente : 35790505 IF : 1103065	

Twin center 1er étage N°274 Maârif Casablanca TEL : 0522958525 GSM : 0522958550
ICE : 001543049000050 CNSS : 7108261 RC : 145189 Patente : 35790505 IF : 1103065